

記入日 _____年____月____日

親権者同意書

【未成年者情報】

氏名(フリガナ): _____

生年月日: _____年____月____日(満 歳)

住所: _____

電話番号: _____

【施術名】

【保護者(親権者)情報】

氏名(フリガナ): _____

続柄: _____

住所: _____

電話番号: _____

※必要に応じて、当院より保護者様へご連絡させていただく場合がございます。

私は、上記内容について確認のうえ、銀座中央クリニックでの未成年者の施術に同意いたします。

署名: _____(保護者署名・捺印)

施術日付: _____年____月____日

※本同意書は、初回来院時に必ずご持参ください。

※親権者(法定代理人)ご本人様が、すべての欄をご記載・ご捺印ください。